



TITLE:

臨床滙纂

AUTHOR(S):

CITATION:

臨床滙纂. 日本外科宝函 1932, 9(4): 912-921

ISSUE DATE:

1932-07-20

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/201792>

RIGHT:

臨 床 滙 纂

京 都 外 科 集 談 會

(4 月 例 會)

昭和7年4月20日午後6時半ヨリ、京都帝大樂友會館ニ於テ開催、外國雜誌抄讀ノ外、次ノ講演ガアツタ。

1. 熱性膿瘍ヲ思ハシメタル寒性膿瘍ノ1例

石 野 琢 二 郎

5歳ノ榮養ヨキ男兒、約3月前ヨリ右鼠蹊部腹壁ニ拇指頭大ノ腫物ヲ觸レ壓痛アリシノミ、ソノ後大サヲマシ、今日デハ右下腹部一面ニ超手掌大、紫紅色ニシテ周圍トハ可ナリ明白ニ區別サレ温度上昇アリ、且波動ヲフレ壓痛著明、周圍ノ浸潤硬結甚シク體温37.5°Cニシテ、全ク熱性膿瘍ノ如シ。即チ切開ヲナセシニ膿中ニ灰白色ノ組織崩壞物ヲ多量ニ認メシコトニヨリ寒性膿瘍ヲ疑ヒ膿汁ノ寒天面培養及ビ溶蛋白反應試驗ヲ行ヒ、兩者トモ全ク陰性ナリ。依テ寒性膿瘍ナルコトヲ確メ得タリ。ソノ後ノ手術ニヨリコレガ流注膿瘍ナルコト及ビ切開創ノ1次的閉鎖完成セシコトニヨリ全ク寒性膿瘍タルコト疑ナシ。

即本患者ノ局處所見ハ全ク熱性膿瘍ノ如クナリシモ溶蛋白反應ノ陰性ナルコトヨリ始メテ結核性ナルコト確メ得タルモノニシテ、膿汁ハ培養上ノ検査ト共ニ同時ニ必ず溶蛋白検査ヲ行フベキモノナリ。

2. 化膿セル創ハ凡テ開放性ニ處置スベキカ

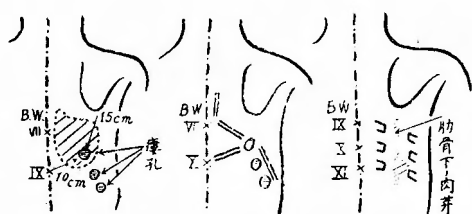
植 田 謙 吉

從來一般外科學上ノ原則トシテ「化膿創面又ハ膿菌ノ侵入シタ處ノアル創面ハ決シテ縫合セズニ凡テ開放性ニ處置スベシ」トナツテ居ル。

併シ吾々ハ僅少ノ化膿菌ハ組織液カラ血中ヘ吸收サレ大抵無害ニ撲滅サレルコトヲ經驗シテ居ル。之ハ局所乃至全身ノ噬菌作用ガ強イ場合ニハ一段ト明白ナ事實デ、例ヘバ明白ニ化膿菌ガ附着シテ居ル肉芽面ニ直接 Thiersch 氏法ニヨリ皮膚片ヲ移植シテモ化膿セズニ治癒スルコトナドモ好實例デアル。從ツテ吾々ハ化膿創ニ於テモ、創ヲ出來ルダケ縫合シテ第1期癒合ヲ企テル事ニ努力スル。不幸ニシテ化膿ガ起ツテモ其後ニ縫合ノ1部ヲ取り去レバヨク而モ最初カラ開放性ニ處置シタ場合ヨリモ治癒ノ經過ガヨイ。

茲ニ述ベルノハ23歳ノ男子デ昨年10月頃カラ胸部右後ニ寒性膿瘍ヲ得、穿刺術ヲ受ケ約5勺ノ膿ヲ出シ、本年1月以降ハ自潰シテ膿ヲ漏シテ居タ。

患者ハ第1圖ノ様ニ3個ノ瘻孔ガアツテソノ一ツカラ點線デ示ス如ク皮下結締織中ニ巨大ナ膿瘍ガ「ボケツト」ノ様ニナツテ居ル。膿汁ハ結核性ニ固有デ稀薄デアルガ、其中ニ白色葡萄狀球菌ノ混合感染ヲ證明シタ。レントゲン検査デハ肋骨ニモ脊椎ニモ病的變化ヲ立證



第 1 圖

第 2 圖

第 3 圖

シ得ナイ〔X線寫眞供覽〕。第5胸椎が少許ノ龜背ヲ示シテ居ルノデ其所ニ結核性變化ガアツテ、比較的稀デハアルガ、寒性膿ガ肋間腔カラ直接背部皮下ヘ現レタモノデアツテ吳レルト面白イト思ヒ乍ラソレヲ廣ゲ〔第2圖〕検査セルニ期待ニ反シ矢張り普通一番澤山アル所ノ肋骨周圍結核ナル事ヲ確メタ。ソコデ第3圖ノ如ク第9第10第11肋骨ヲ切除シ膿膜ヲ全部除去ツタ。

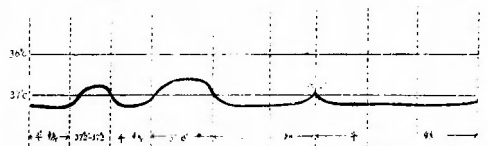
サテ此ノ膿瘍ハ既ニ3個ノ瘻孔ヲ形成シ膿膜菌ノ混合感染ガ立證サレテ居ルカラ舊來カラノ原則デハ縫合ヲセズニ開放性ニ處置スベキデアル。併シ茲デ吾々ハ前述ノ新ラシキ原則ニ從ツテ、創面ヲ消毒シ目的ノ下ニ0.1%リバノールヲ以テ洗滌シ且ツ局所喰菌作用ヲ昂進サセル目的ニテ連葡混合コクチゲン⁷ 8.0ccヲ注入シ第1期癒合ヲ企圖シテ全部縫合シテ仕舞ツタ。勿論排液管トカ排液綿紗ナドハ使用シナイ。斯ル者ヲ使用スルト却ツテ化膿ガ起ルノデアル。

經過ハ表ニ示ス通りデアル。即チ praktisch ニハ先ヅ第1期癒合ノ目的ヲ達シタモノト見

十二 月 十一 日	十二 月 十七 日	二十 二 月 二十 日	二十 三 月 二十 三 日	二十 六 月 二十 六 日	一三 月 二十 六 日	二三 月 二十 六 日	四三 月 二十 六 日	十三 月 二十 六 日	二十三 月 二十 六 日
人	手	連葡コクチゲン投下開始	按糸(術後七日)	下側方ヲ初診時張	膿液自來	分泌物アガール培養	白色葡萄球菌培養	膿液自來	膿液自來
院	術	(以後退院日迄施行)							

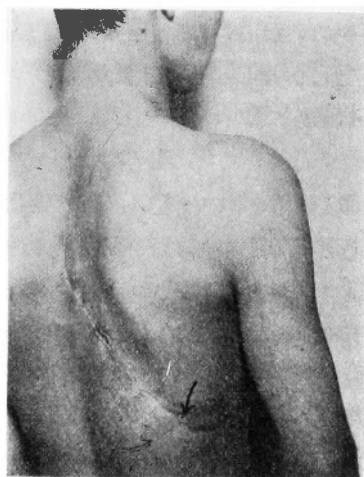
做シテ失當デハナカラウト考ヘル。

茲ニ注意スベキハ、術後約13日目ニ以前ノ瘻孔ノアツタ部分ノ縫合ニ膨隆ガ出來テ自潰シ肉芽ヲ示シ白色葡萄球菌ヲ立證シ得タ場合ノ處置法デアル。斯ル場合、普通ナラバ其ノ肉芽ヲ搔抓スルトカ



(體溫上昇ハ最高記載)

或ハ深部ヘ排液ノ目的デ綿紗ヲ突込ムトカスルノデアルガ、斯ルアリフレタ後療法ヲ行フト却ツテ局所ノ感染ヲ高メ化膿ヲ増大スル。吾々ハ自覺ヲ以テ其ノ肉芽ノ周圍ヲ充分清潔ニシ單ニ無菌綿紗ヲ以テ肉芽ヲ覆ツテ置クニ止メタノデアル。ソレヨリ約10日間デ此ノ自潰肉芽ハ全ク治癒シタ〔寫眞參照〕。使用シタ連葡混合コクチゲン⁷ノ總量ハ65.5ccm 術後35日目ニ完全治癒ヲ得タ。



若シスル大ナル創ヲ最初カラ開放性ニ處置シテ居タトセバ到底35日位デハ治癒シ得ザルハ明白デ、或ハ混合感染ガ強クナリ且ツ創面カラノ體液流失ノ高度ナタメニ患者ハ不幸ノ轉歸ヲ取ツタカモ知レナイ。

以上デ感染創特ニ混合感染ヲ起シタ結核性膿瘍ニ對シテノ新舊治療方針ノ差別ガ判明シタカト考ヘル。

3. ハツケル氏胃腸吻合術後ニ起レル消化性空腸潰瘍 弘 重 充

患者 井〇ス〇 51歳 婦人

主訴 上腹部ニ於ケル痙攣様疼痛發作ト嘔吐

現在症 5年前ヨリ食事トハ無關係ニ上腹部ニ充滿感鈍痛アリ。次第ニ増惡シテ1年後ニハ發作性激痛ト同時ニ上腹部ニ物ガウネル如キ感アリ、次デ「コーヒ」殘渣様物ノ嘔吐ヲ來シ、輕快スルヲ常トスル様ニナリ入院セリ。當時ノ記載ニヨルト、腹水ガ約4000珄アリ胃ハ2倍大トナリ、ソノ幽門部ニ鰐卵大粗大隆起性腫瘍アリ。此ノ腫瘍ガ硬靱ナリシヤ否ヤニ就キテハ記載不明ナルモ、膽嚢ト強く癒着シ、且小網ニ鳩卵大ノ轉移ヲ認メタト。一般狀態不良ノ爲急速ニハツケル氏胃腸吻合ヲ行ツテ閉腹シテ居ル。

當時ノ臨床診斷ハ胃癌トナツテ居ルガ、當時胃液ニ明白ニ游離鹽酸ヲ立證シテル點ハ胃痛ノ爲腹水モ強く轉移モアルト理解スルニハ一致セヌシ、又血液像デ白血球數ハ14000、中性多型核細胞ハ76%アツタ事等ヨリ急性炎症ヲ考ヘタ方ガヨイ。

術後4年程ハ順調ニ經過シテ居ツタガ、1年前ヨリ上述ト殆ト同様ノ症狀ヲ來ス。但シ吐血ニ「コーヒ」殘渣様物ヲ混入シテ居ツタ事ハナイ。

診ルニ、上腹部一般ニ膨隆シ、著明ナル胃壁強直ヲモ認メ得。腫瘍ハ觸レナイ。胃部ハ打診ニヨリ高度ノ鼓音ヲ呈ス。胃液ハ5年前ト同ジク稍胃酸過多ヲ示ス。潜在性血液乳酸ハ證明サレズ。

開腹所見 胃ハ高度ニ擴大シ、大彎ノ延長50糎ニ及ブ。腹水ハナシ。5年前ニ認メタ鰐卵大ノ腫瘍ハ消失シ、幽門部全體ニワタル瘢痕性萎縮ヲ認メ、幽門ノ大彎部位ニ示指頭大ノ硬イ腫瘍ニ觸レ、此ノ中央部ハ稍々陷入シテ居ル。コレハ胼胝性潰瘍ノ硬結ダト考ヘルノガ最モ妥當デアル。先ノ吻合部デハ胃ノ後壁、結腸間膜及ビ空腸ハ一圓トナツテ癒着シ鳩卵大ノ硬結ヲ作ツテ居ル。即チ消化性空腸潰瘍デアル。

上述ノ所見ヨリ前回ハ幽門部ニ胼胝性潰瘍ガアツテ、ソノ部ノ浸潤及ビ通過障礙ヲ來シテ居ツタガ吻合ヲ施スコトニヨリコレヲ去ツタガ、ソノ後吻合部ニ消化性空腸潰瘍、次イデ瘢痕性萎縮ヲ來シ、再ビ通過障礙ヲ起セルモノト判定サル。處置トシテ胃前壁結腸前胃空腸吻合及ブラウン氏補助吻合ヲ行フ。

以上ノ事實ヨリ

I. 腹水轉移アリ。全ク幽門癌ト診斷サレタ場合デモ、ソレガ潰瘍性腫瘍ナルコトモアリ

得ル。特ニ胃ニ游離鹽酸ヲ立證シ白血球過多ヲ認メシ場合ハ癌腫ノ診斷ヲ下スコトハ餘程控ヘ目ニセネバナラス。

II. 幽門癌デ腹水ヲ伴ツテ居ルト考ヘタ 場合手術時間短縮ノ目的デ ハツケル氏胃腸吻合術ヲ施スコトハ考ヘモノデアル。多少時間ガ多クカカルモ胃前壁ニ於ケル ウエルフレル氏吻合ヲ行ツタガヨイ、後日消化性潰瘍ガ吻合部ニ起ツタトシテモ ハツケル氏手術ノ場合ノ如ク横行結腸間膜ノ萎縮ヲ伴ヒ吻合ニ大ナル炎症性硬結ヲ來スコト無シ。

III. 前吻合術ト ハツケル氏手術トハ何レガ消化性潰瘍ヲ多ク來スカハ統計的ニ検査スベキ一事項ナリ。

4. 辜 丸 腫 瘍

石 野 琢 二 郎

第1例 18歳 ♂

約5月前ヨリ右ノ辜丸ガ全ク無痛性ニ腫大シ、大サヲマシ、今日ニテハ小兒手拳大トナル。弾力性硬、球狀、表面滑、何處ニモ辜丸感ナク、副辜丸トノ境界ヲ定メ得ズ、波動、陰囊水腫ヲ證明セズ、輸精管尋常ニシテ結核性ノ症狀ナシ。腹部ヲ見ルニ臍ノ右上方2横指ノ深部ニ鶯卵大、弾力性硬、ヤ、移動性ノ腫物ヲ觸ル、壓痛ナシ。

手術所見 辜丸ハ全部腫瘍化シ副辜丸ハ殆ド尋常ノ大サナレド尾部及ビ頭部ノ一部硬ク腫瘍ノ浸潤ヲウク、腫物ハ切面ハ暗褐色ノ壞疽ニ陥リ、一見肉腫ノ如シ。

開腹スルニ後腹膜ニ雞卵大及拇指頭大2個ノ弾力性軟ヤ、暗褐色ノ腫物アリ、外觀内容全ク辜丸腫物ト類似セリ。

檢鏡スルニ兩者トモ上皮性腫瘍ナルコト判明セリ。

第2例 36歳 ♂

15年前ヨリ右ノ辜丸ガ雞卵大ニ無痛性ニ腫脹セルニ氣付キ漸次大サヲマシ今日ハ小兒頭大ニナレリ、診ルト腫物ノ後下方内方ニ一部辜丸感アリ、弾力性硬ナレド一部波動ヲフレ後腹腔ノ淋巴腺肥大ヲ證明セズ。

手術ニヨリ取り出セル腫物ハ2種ノ硬キ結締織ニカコマレタ中ニ暗赤褐色ノ膿汁様ノ液及ビ壞疽ニ陥レル組織ヲ含ム、液中ニ「ヒヨレステリン」板狀結晶アリ、即陳舊ナル Hydrocele haemorrhagica ナリ。

結論 以上ノ2例ヨリ下ノコトヲ學ビ得タリ。

1) 辜丸ノ眞性腫瘍ノ如ク思ハレテモ辜丸固有ノ感ヲ覺エルナラバ眞正腫瘍デハナイ。

2) 陳舊性ノ水腫デハソノ囊 (Tunica vaginalis propria) ガ結締織性ニ肥厚シ、マタ終ニハ内面カラ出血シテ Haematocoele ニナル。此ノ如キ際ニハ辜丸モ萎縮シ全體ハ一見眞正腫瘍デアルカノ如キ觀ヲ呈ス、併シコノ際ニハ辜丸感が保存サレテ居ル。マタヨク診察スルト波動ヲ證明ス。

3) 眞性ノ辜丸腫瘍ト思ハレタトキハ必ず後腹膜ノ淋巴腺ノ轉移ヲ索シ求ムベキデア

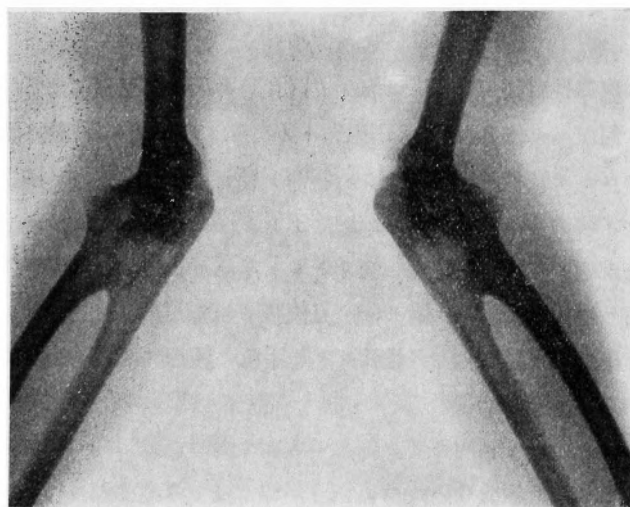
ル。モシコレヲ證明スルコトが出来レバ眞正睾丸腫瘍ノ診斷ハ確實ナリ。

4) 反對ニ後腹膜ニ淋巴腺腫瘍ヲ證明シタル場合ハ男子デハ睾丸(攝護腺), 女子デハ卵巢子宮等ニ原發竈ノ有無ヲ檢スベキナリ。

5. 兩側先天性橈骨尺骨癒合症ノ1例

吉 益 爲 則

23歳ノ男子, 家人ハ本人ノ小學校時代ヨリ兩側上肢ノ運動ノ少シク自由ヲ缺ケルコトニ氣付キラレルモ, 自身ハ幼時ヨリ何等ノ障礙ヲ意識セズシテ成長シ, 漸ク18—19歳ノ頃ニ達シテ自覺ノニ兩上肢ノ運動ノ時トシテ意ノ如ク行ハレザルヲ知ルニ到レリ。現症トシテハ一般ニ此畸形ノ特殊ノ症狀トモ云フベキ内轉及ビ外轉ノ障礙アリ。併シ此障礙ハ肩胛關節



ノ運動ニヨリ或程度迄代償セラレ, 日常生活上著シキ不便ヲ感ゼズト云フ。

レントゲン寫眞像ニ見ルガ如ク橈骨尺骨ノ上端ノ癒合部ハ兩側共ニ殆ド同様ノ狀態ヲ呈シ骨皮質ノ固有ノ像ヲ呈ズシテ僅ニ其遺殘セルヲ認ムルノミナリ。治療法トシテ問題ナルハ唯觀血ノ手術ノミナルモ本例ニ於テハ未ダ之ヲ行フニ到ラズ。

京都外科集談會 (5月例会)

昭和7年5月21日午後7時ヨリ京都帝國大學學生集會所南室ニ於テ開催シ, 外國雜誌抄讀ノ外, 次記ノ演說ガ行ハレタ。

1. 移動性盲腸ノ1新臨床診斷法

岩 城 達

從來吾々ハ蟲様突起炎ノ診斷ニ際シ原則的ニ Rosenstein氏症候ノ有無ヲ檢シテキルガ往々コノ逆症狀ノ存スルコトアリ, スル場合ソノ主要病變ガ移動性盲腸デアルコトニ氣付クヤウニナツタ。爲一コノ逆症狀ノ明白ナル場合ニハ蟲様突起炎ト診斷セズシテ移動性盲腸ト診斷スルニ至ツタ。次ニ示スモノハソノ定型のナモノ、1例デアル。

24歳ノ婦人 主訴 廻盲部壓痛

約4年前廻盲部ニ激痛アリ。惡心, 嘔吐, 發熱 38.5°C, 下腹筋緊張アリ。1週間位ニテ異狀ハ去ツタガ, 其後4回許リ同様ノ發作アリ, 最近ノ發作ノ際ハ發熱 40°Cニ及ンデキル, 便通ハ正常デ便秘下痢ノ交代スルコトハナイ。

腹部ヲ觸診スルニ、廻盲部詳シク云ヘバMc Burney點ニ壓痛アリ、且ツ輕度ノ抵抗ヲ觸レル

診斷 以上ノ病狀及所見ヨリ觀ルト全ク蟲様突起炎ヲ思ハシメルノデアルガ、茲ニ唯一ツ Rosenstein氏症候ハ如何？ 注意シテ之ヲ檢スルニ全ク逆ノ症狀ヲ呈シテキル。即チ患者ヲ右側臥位ニ置キ兩側腸骨前上棘ヲ結ブ線ガ水平面ト直角ヲナスヤウニシテ右腸骨前上棘ヨリ内方約3横指デ少シク下方ヲ壓スルト、通常蟲様突起炎ノ場合ニハ明カニ茲ニ壓痛ヲ感ズルガ、本例ノ場合ニハ全ク逆ニシテ少シモ壓痛ヲ感ジナイノデアル。

吾々ハコノ所見ニ立脚シテ之ヲ移動性盲腸ト診斷シ開腹シタ所診斷ハ正ニ適中シ蟲様突起炎ノアツタ痕跡ハ少シモナク其ノ代ニ上行結腸ノ略中央部マデ全ク移動性デアツタ。

嘗テ Rosenstein 氏ガ、氏症候ニヨツテ蟲様突起炎ヲ之ト相似タル移動性盲腸症ト鑑別シ得ルト述ベテキルガ、コノ逆症候ノ存在ニヨツテ移動性盲腸ヲ蟲様突起炎ト鑑別シ得ルコトハ今日迄吾ガ教室以外ニ誰モ未ダ述ベテキナイヤウデアル。コノ新シキ症候ニ對シ何トカ別名ヲ附シテ然ルベキモノト思フ。

コノ新シキ臨床診斷上ノ症候ガ移動性盲腸ト診斷ニ向ツテ何ノ程度ノ陽性率ヲ示スカハ今後尙ホ各方面カラノ共同検査ノ成績ニ俟タネバナラヌ。

2. 握雪音ヲ示シタル腹部瘍

仲 田 實 三 郎

患者ハ48歳ノ女、幼少ノ頃カラ年ニ2—3回惡寒戰慄ヲ以テ右季肋下ニ痼痛發作ガアツテ定型的ナ膽石痼痛ト考ヘラレルガ、今度ノ病氣ハ約2月前例ノ如ク發作ガ起ツタ際ニ右腹部ニ無痛性ノ腫瘍ガアルコトニ氣ガツイタ。食慾不振惡心嘔吐ノ來タ以外ニハ何等ノ自覺症狀ヲモ訴ヘナイ。

診ルト腫瘍ハ小兒頭大デ硬度及ビ表面ノ狀態カラシテ癌腫ノ後腹膜淋巴腺轉移ト考ヘラル、X線寫眞デハ胃ハ稍下垂シ大彎側ニ陰影缺損ガアル、所ガ此ノ腫瘍ノ左下方ニ於テ明白ニ握雪音 Schneeballengeräusch ヲ證明シタノデアル。此ノ所見ヲ吾々ハ腸氣腫ガ出來ルト同ジ様ナ機轉デ腫瘍ノ周圍ニ空氣ガアルモノト解釋シテ居タ。

扨テ開腹ノ結果、腫瘍ハ幽門ノ下緣ニ當ル淋巴腺ニ惡性腫瘍ノ轉移ガ起ツテ出來タモノデ、幽門及ビ十二指腸ノ上部ハ伸バサレテ腫瘍ニ附着シ又胃ノ大彎デ後面ガ強く腫瘍ト癒着シ且ツ伸展サレ茲デ胃腔ノ方ヘ腫瘤狀ニ突起シ、其ノ表面ト胃前壁トノ間ニ空氣ノ薄イ層ガアリ、ソレデ觸診ノ際ニ腫瘍ノ左下ニ於テノミ握雪音が觸レタモノデアル事ガ明白トナツタ、故ニ吾々ハ腹腔内腫瘍ノ何レカノ1側邊ニ當ツテ握雪音を證明シタナラバ此ノ腫瘍ハ深く胃腸内腔ヘ突入シテ凸面ヲ形成シテ居ルモノデ、ソノ突出シタ粘膜面（勿論之ハ腫瘍性ニ變化シテ居ル）ト之ニ相對シテ接觸スル健康ナル胃腸粘膜面トノ間ニ介シテ居ル空氣ニヨリテ觸診ノ際ニ握雪音を感ズルモノト理解セネバナラナイ。コノ臨床例ニ於テハ珍ラシイ握雪音ヲ折角立證シナガラ、ソレヲ左程屢々見當ラヌ腸氣腫ニ歸シタリナドシテ病的狀態ノ正確ナル診斷ニ歸納スル事が出來ズニ終ツタ事ハ誠ニ惜シイ事デアツタ。

尙又此ノ淋巴腺ノ腫瘍ハ顯微鏡的ニハ一見肉腫ナルカノ如キ觀ヲ呈シ、一方胃粘膜ノ原發竈ハ全ク癌腫デアルノデ、藤浪名譽教授ニ觀テ戴イタ所、淋巴腺中ニ於ケルモノハ癌腫細胞ノ變態デ其ノ實ハ矢張り癌腫デアルト説明サレタ。

併シ我々ハ胃壁ニハ癌腫ガアリ轉移ハ肉腫デアルカノ如ク見エ甚ダ不思議ニ考ヘラレタ、ソレデ此ノ鑑別診斷ニ「レイムベデン」現象ノ有無ガ役立ツト考ヘテ検査シタ所肉腫性ニ見エル淋巴腺ノ轉移モ原發癌ノ病竈ト同ジ様ニ「レイムベデン」現象全ク陰性デアツタ、ソレデ矢張り癌細胞ノ變態デカクノ如ク肉腫様觀ヲ呈スルモノデアルトノ説明ガ首肯サレル様ニナツタ。兎ニ角組織學的細胞學的ニ癌腫カ肉腫カノ判定ガ不確定デアル場合ニ形態學ヲ超越シテ生物學的ニ「レイムベデン」現象ノ有無ヲ檢スルコトニヨツテ兩者ヲ鑑別シ得ルコトハ面白イコトデアル。

3. 壓迫示界法 (Druckbegrenzung) ノ診斷上ノ意義 筒井 順一

壓迫示界法ト言フノハ液ノ滯溜シテ居ル腫瘤ニ遭遇シタ時ニ其ノ中間ニ壓ヲ加ヘタル結果トシテ腫瘤ノ邊緣ガ明瞭ニ判然トナルカ否カト言フコトヲ檢スルデアツテ、モシモ明瞭トナラヌナラバ即壓迫示界法ガ陰性ナル場合ハ其ノ液體ハ深部ト交通シテ居ルモノデアツテ、多クノ場合ニハ寒性濃瘍デアルガ、モシモ壓迫示界法ガ陽性デアルナラバ即チ腫瘤ノ境界ガ明瞭トナリ來ルナラバ之ハ全部完全ニ取圍マレ深部トハ何等ノ交通ノナキ囊腫デアル、例ヘバ粉瘤、皮様囊腫等デアルト言フノデアル。最近經驗シタ臨床例ヲ述ベル。

69歳、女

第1ノ訴ハ4—5年前ヨリ左膝關節部ニ鳩卵大ノ無痛性腫瘤ヲ得、之ガ次第ニ大トナツタ。第2ノ訴ハ、1年前カラ右鼠蹊部ニ雞卵大ノ腫瘤ヲ得、膝關節部ノ腫瘤ト同様、何等苦痛ガ無カツタガ本年4月初旬重荷ヲ負ヒタルニ突然腫脹シ劇痛ヲ訴ヘタ。之ハ4—5日ノ安靜ニヨリ輕快シタガ腫瘤ハ依然トシテ存在スルト言フ。

現症 膝關節部ニ1腫瘤アリ。波動著明、光ヲヨク透過ス。覆蓋表皮ハ一部帽針頭大ニ菲薄トナリ水様透明ニ見エル、之ハ1囊腫ニ相違ナイガ例ノ如ク壓迫示界法ヲ試ミタ所ガ豫想ニ反シ之ヲ立證スルコトガ出來ヌ、併シソレカト申シテ壓縮性ヲモ示サヌ。ソレデ、之ハ全ク囊様トナレル淋巴囊腫ノ様ニ見エテハ居ルガ、内容液ハ僅カ乍ラ深部ト交通シテ居ルモノデナケレバナラヌ。ソシテ關節囊ノ附近デアルカラ「ヒグローム」ト診斷シタ。手術ノ結果ハ全ク之ニ一致シ、細小ナル柄ガ膝關節粘液囊ノ方向ニ走ツテ居タ。之ハ手術ノ際破レテ内容ハ水様透明液デ「ヒグローム」デアルコトハ確實デアル。

第2ノ訴ニヨリ右鼠蹊部ヲ診ルト丁度 Poupart 氏靱帶ニ當リ雞卵大ノ腫瘤アリ。全ク無痛彈性軟波動ヲ凡テノ方向ニ立證出來ル。例ニヨリコノ際壓迫示界法ヲ檢スルト陰性デ此ノ内容モ深部ト交通シテ居ルコトガ知ラレタ。併シ腫瘤ハ壓縮性ヲ示サヌ。又光線ヲ透過スル様ニ見エタ。60歳ノ女デ此ノ様ナ所見ノ際ニハ先ヅ股「ヘルニア」ヲ考フベキデアルガ

血管裂口ニハ何等ノ抵抗モ無イノデコノ診斷ヲ下ス譯ニハユカス。併シ外鼠蹊ヘルニア¹ノ診斷ヲ下ス根據トモ確實ナルモノヲ摘ヘルコトガ出來ナカツタ。手術ノ結果ハ定型のナ外鼠蹊ヘルニア¹デアツタ。内容ハ全ク大網膜ノ一部デ脂肪組織バカリデアル。此ノ様ナ際ニハ凡テノ方向ニ波動ヲ觸レテモ決シテ不思議デハナイ。此ノ際モシモ壓迫示界法ヲ検査シナカツタナラバ内容ガ深部ト交通シテ居ルト言フ據リ所ヲ捕ヘルコトガ出來ズ、波動、光線透過性等ノ所見ニ誘惑サレテ淋巴囊腫ト言フ様ナ誤診ニ導カレタカモ知レヌ。

以上ノ2經驗デ壓迫示界法ト言フモノニ診斷的意味ヲツケルコトガ出來ルト思フ。尤モ診斷ト言フモノヲ Anhaltspunkt 無シニ唯ダ經驗ノ上カラツケルト言フ様ナ場合ニハソレハ別問題デアル。

4. 腸管囊氣腫ノ1例

鬼 束 惇 哉

患者ハ25歳ノ男、家族歴ニ特別ナル事ナク、既往ハ虛弱、18歳頃ヨリ月ニ2—3回嘔吐シ、胃潰瘍ノ略々定型の症狀ガアリ、一進一退シテ今日ニ至リ、嘔吐、腹部ノ充滿緊張感、便秘ヲ現在ノ主訴トスル。

現症 骨格貧弱、瘦セタル男ニテ、上腹部ハ膨隆シ、肝臟濁音界消失シ寧ロ鼓音ヲ呈ス。臍右上部ニ手拳大ノ腫瘤アリ。バリウム¹試食ニヨリ見ルニ胃ハ甚シク下垂、幽門ハ狭窄シ、小腸下部ニ2所ノ狭窄アリ。尙目立テルハ肝臟ト前腹壁及ビ横隔膜トノ間ニテ此處彼處ニ特ニ明調ナル氣泡ノ存在ヲ見タルコトデアル。コノ氣泡ハ前記腫瘤ヲ強く壓搾セシ後ニ増加スル。幽門狭窄ヲ伴ヘル胃潰瘍ノ診斷ノ下ニ手術ヲ行フ。

幽門ニ接シテ胃潰瘍膀胱ヲ認メ、幽門狭窄ノ度ハ辛ウジテ鉛筆軸ヲ通ジウル程度ナリ。此所ニ述ベントスル事實ハ、正中線切開ニ依ル術野直下ニテ指大ノ索狀ニ萎縮セル大網ガ廻盲瓣ヨリ約20握口側ノ廻腸ノ腸間膜下面ト癒着シ、之ガタメニ小腸約1米狹約サレ其ノ狹約腸ノ略中央ニ手拳大ノアタカモすゞコノ如キ腫瘍アリタル事ニシテ、コハ一瞥シテ腸管囊氣腫ナルヲ識ル。囊胞ハ芥子粒大ヨリ、拇指領大ニ及ビ種々アリ、口側ニ行クニ從ヒ胞壁ノ緊張度ヲ減ジ且數個相集リテ一胞トナル。コノ腫瘍ノ口側部小腸壁ニハ縞蛇様或ハ網目様ニ白斑アリ、白斑中央ハ比較的腸漿膜面固有ノ色調ヲ保ツ。コノ白斑ハ囊腫ガ空腸上部ヲヘテ廻腸下部ニ進メル足跡ナリト理解スル。

尙囊胞ハ握レバ Schneeballengeräuschヲ呈スルモ肉眼的ニモ、穿刺的ニモ、又破碎スルモ、氣體ノ存在ヲ證明スルコト僅少ニシテ、寧ロ茶褐色透明ナル粘漿ニテ充實シタリ。内容液ヲ血液培養基、寒天培養基ニ穿刺培養ヲ試ムルモ瓦斯ノ形成ヲ認メザリキ。

所置 Billroth I式ニテ胃下半及ビ幽門部ヲ切除セリ。

本症ノ成因ニ就イテ新生物說、細菌說、機械說等色々假說アルモ、胃腸吻合術デ治癒スル事及ビ、前述セル如ク囊腫ノ下行經過セル足跡ト理解サルル白斑ノ存在狀態トノ2根據ヲ以テスルモ機械說ガ妥當ナルヲ識ル。

5. 蛔蟲ノ迷入ニヨル急性蟲様突起炎

庄 山 省 三

20歳ノ男子(農) 仕事中突如右下腹部ニ激痛ヲ訴ヘ 2晝夜後苦痛ニ堪ヘズシテ病院ヲ訪フタ。臨床的検査ニヨリ急性蟲様突起炎ニ續發セル穿孔性腹膜炎ト診斷シ直チニ開腹セル所意外ニモ局處所見ハ輕少(腹腔ニ膿ヲ見ズ蟲様突起ノ先端ハ紫赤色ヲ呈シ且ツ廻腸壁ト僅ニ纖維素癒着ヲ營メルノミ),然カモ廻盲部ニハ多數ノ蛔蟲群ノ存在トソノ 1條ノ蟲體ガ蟲様突起ニ迷入シテキルノヲ發見シ,發病後50時間經過後完全ニ根治手術ヲ行ヒ10日目全治退院セシメタ。コノ治驗例カラ,純機械的刺戟ニヨル急性蟲様突起炎ハ最初ヨリ化膿性病原菌ニヨルモノヨリモ經過ノ割合ニ局所及ビ全身性ノ他覺的症狀ハ輕少ニシテ從ツテ比較的長時間經過後ト雖モ容易ニ根治手術ヲ行ヒ得ルコトヲ知ツタ。〔標本(蛔蟲體ノ一部ヲ容レタルママ切除セルWurmfortsatz.) 供覽。〕

6. 蟲様突起炎ノ症狀ハ蟲様突起炎ニ固有ナリヤ

弘 重 充

野〇三〇郎, 19歳男子

主訴 廻盲部ニ於ケル發作性疼痛

既往症 今迄ニ 1度モ廻盲部ニ疼痛ヲ來セシ事ナク, 結核性疾患ニ罹リシ事ナシ。

現在症 本年 3月16日朝突然ニ廻盲部ニ激痛ヲ來シ, 暫時ニシテ腹部全體ニ痛ヲ感ズルニ至ル。體溫 38.5°C, 嘔氣, 嘔吐, 下痢何レモナシ。3月18日頃疼痛ハ廻盲部ニ限局ス。以後次第ニ痛ハ輕減セルモ3月終及ビ4月11日トノ2回疼痛發作現ル, 殊ニ後者ハ注射ヲ要スル程激甚ニシテ嘔吐アリ, 發作ハ夜中ニ多シト。便通ハ便秘ニ傾キ, 又發作前ニ於テモ頑固ナル下痢ヲ來セシ事ナシ。即チ此ノ患者ハ吾人ガ日常蟲様突起炎デ遭遇スル定型ノ臨床的症狀ヲ示シ居ルモノナリ。

現症 營養不良, 胸部ニ於テ何等物理的變化ヲ見出シ得ズ。腹部稍々陷沒シ *Défense musculaire*, *Blumberg* 氏症狀共ニ存在セズ, 廻盲部ニ壓痛存シ, *Rosenstein* 氏症狀ガ證明サル, 「グル」音著明ナリ。

以上ノ所見デ蟲様突起炎ト診斷シ開腹ス。所ガ蟲様突起ニハ何等ノ變化ヲ認メズシテ, 盲腸壁ハ發赤肥厚シ, 面粗糙, 腔内ニ彈力性硬雞卵大ノ腫瘍ヲ觸ル。此ノ如キ變化ハ盲腸上行結腸全般ニ亘リ横行結腸ノ中央部迄認メラレ, 又廻腸ハバウヒン氏瓣ヲ去ル上方約15糎迄明白ニ壁ノ肥厚及ビ腔内ノ擴大ヲ認ム。即以前ヨリ廻盲部ニ通過障礙ノアリシ事ヲ知ル。手術的ニ切除セシ標本ハ從來多ク見ザル炎症性變化ナリ。組織標本ニテ結核ラシキ所アルモ果シテ結核性ナリヤ否ヤニ就キテハ今後ノ研究ヲ要ス。

只私ハ蟲様突起炎ト全ク同一症狀ガ蟲様突起炎ニ原因セズシテ單ニ廻盲部ノ慢性炎症性通過障礙ノミニテモ起リ得ルト云フ事實ヲ提供スルモノデアル。

7. 蟲様突起炎ヨリ來レル穿孔性腹膜炎ニヨル麻痺性「イレウス」ノ1治驗例

弘 重 充

患者 上〇〇吉 41歳男子

主訴 突發セル腹痛發作ニ續發セル腹部膨滿及ビ嘔吐頻發

現在症 本年 4月22日午後誘因ト思ハルモノ ナ キ ニ 上腹部ニ疼痛ヲ來シ數時間後ニ疼痛ハ廻盲部ニ局限ス。嘔氣嘔吐及ビ下痢、熱感惡感何レモナシ。右上腿モ左同様伸展シ得タ。ソノ後、痛ハ輕減セザルノミカ、25日頃腹全體ニ及ンデ頻々ト嘔氣、嘔吐ヲ催スニ至ル。體溫 37.5°C 、疼痛激甚ナル爲屢々注射ヲ受ク。其ノ頃ヨリ腹部漸次ニ膨滿シ、30日頃ヨリ嘔氣ハ減ゼシモ、日ニ數回嘔吐アリ。吐物ニハ糞臭ハナカリシト。此ノ頃ヨリ放屁ハ全然無シ。25日以來灌腸ニヨリ 1度便通アリシ以外全然便通無シ。此ノ如キ症狀ノモトニ 5月8日入院。

所見ハ凡テ穿孔性汎發性腹膜炎ニ原因スル麻痺性「イレウス」ニ一致ス。但シ *Défense musculaire* ハナク、唯ダ Blumberg 氏症狀ノミ存ス。

虫様突起炎ヨリ來レルモノト診斷シ直チニ開腹ス。右下腹部副直腹筋切開ニテ腹腔内ニ入ルニ、腐敗臭ヲ帶ビタ汚穢黃褐色稀薄膿様液噴出シ(此液ヨリ大腸菌證明)、腸管ノ移動スル毎ニ膿様液出デ宛モ膨大セル腸管ガ液中ニ浮動セル状態ナリ。濃汁約200珄ヲ吸引ス。腸内容物ヲ排除センガ爲切開部位ノ下端ニ於テ小腸壁ノ 1部ヲ直徑約 1糄ノ環狀ニ腹壁ニ固定シ、太キ注射針ヲ刺入シ、主ニ「ガス」ナルモ内容物ヲ出來ルダケ排出ス。此ノ如キ糞瘻ヲ正中線ニテ臍ト恥骨縫際トノ中央部及ビ左側腸骨窩ニテ右側ト對稱部位ニ作り何レモ小腸壁ヲ環狀ニ腹壁ニ固定シ腸内容物ヲ出來ルダケ排出セシニ腹部ノ膨滿著シク減退セルヲ認ム。又腸ノ穿孔孔ハ十字縫合法ニテ閉鎖シ、モシ今後モ腸管膨滿セル時ハ何時ニテモ此ノ如キ穿刺ヲ繰返ヘシ得ル如クセリ。

所ガ術後、嘔氣嘔吐ナク、腹痛モ去リ、既ニ 6時間後ニハ「ガス」自然放出シ、以後連續的ニ出デ、腹部膨滿去リ、全身状態頗ニ良好トナリ、翌日ヨリハ脈搏數100ヲ下ルニ至ル。3日目ヨリ自然便アリ、2—3日ハ粘液様血便ナリシモ、ソノ後次第ニ普通便トナレリ。

而シテ副直腹筋切開創ニテハ翌日腐敗臭アル膿様液ニテ綿紗ヲ潤シオリシモ、以後何レノ創面ヨリモ分泌物殆ンドナク、次第ニ肉芽組織ニテオホハレ、日ヲ追フテ小トナレリ。

以上ノ事實ヨリ、穿孔性腹膜炎ニヨル腸管麻痺ノ場合ニ切開ニヨリ排膿ヲ行フト同時ニ、一時的ニテモ腸内容物ヲ上述ノ方法ニテ排除スル事ハ自家中毒ヲ除キ以テ腸管機能回復ニ向ヒテ、大イナル治療の效果アリト思考ス。

從來ハ腹腔内ニ滯留セル膿ノ排除ニノミ治療方針ノ重點ガ置カレ居リシモ「イレウス」ニテハソレガ器質性麻痺性ナリヤヲ問ハズ腸内容物ノ排除ヲ絶對必要ナリト考フ。而シテコハ直腸「カテテル」誘導法ニテ目的ヲ達シ得ヌ事ハ明白ナル故開腹術ヲ行ヒ上述ノ如ク3ヶ所ニテモ4ヶ所ニテモソノ局所局所ヨリ内容排除スベキナリ。但シ何箇所デモ腸管ヲ凡テ前腹壁ニ固定シ穿刺スベキヤ否ヤニツキテハ今後ノ經驗ニ匡サルベキモノナリ。

トマレ吾々ハ「イレウス」ニ際シテノ腸内容ノ穿刺排除法ハ腹膜炎急性性麻痺性「イレウス」ノ際ニオケル腹腔内膿ノ排除ト同等以上ニ重要ナル處置法ナリト主張スルモノナリ。

8. 特別講演 上海從軍醫談

神戸縣立病院長 鈴木 正 次